

様式第1号(第1条関係)

受付年月日

子ども手当認定請求書

請求者	フリガナ						生年月日	年 月 日		
	氏名									
	住所	昭島市					電話	-	-	
							(昼間連絡先	-	-)
	年1月1日現在住所	市内・市外	年 月 日			市より転入				
	職業	ア 公務員でない イ 公務員		加入年金	1厚生年金	2私立学校教職員共済	3公務員等共済	4国民年金	5未加入	
配偶者の有無	有・無	配偶者の氏名				配偶者の職業	ア 公務員でない イ 公務員			
支払希望金融機関	銀行・農協 信金・信組		本店支店	口座番号			口座名義人(カタカナ)			
	金融機関コード		支店コード							
子ども	氏名	続柄	生年月日	同居別居	監護有無	生計関係	住所(別居の場合のみ記入)			
			年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持				
			年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持				
			年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持				
			年 月 日	同居・別居	有・無	同一・維持				
請求者加入保険	保険の種類	1協会 2組合 3共済 4昭島市の国保 5国保組合 6その他()					請求者との続柄	本人・本人外		
	被保険者氏名				資格取得年月日 (請求者本人)	年 月 日から				
	被保険者証 記号・番号	記号				保険者	番号			
番号					名称					
<p>子ども手当の受給資格の認定を申請します。 この届に記載した状況について、住民基本台帳等の公簿により確認することを同意します。 (あて先) 昭島市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 氏名 印</p>										
認定・却下年月日		支給開始年月		支給対象となる子ども		手当月額				
. .		年 月		人		円				

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。

備考	電算 /	通知 /
	被用者	非被用者
住民登録の確認	月	日

※太枠の中を楷書(かいしよ)で記入してください。記名押印に代えて署名することができます。